

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THESE

N°

159

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Arthur-Edouard ROGAN

Ancien interne en chirurgie des hôpitaux de Nice.

Né le 8 novembre 1910, à Bucarest (Roumanie).

Du Traitement des Cholécystites aiguës par la Cholécystectomie à chaud

(A propos de 18 cas opérés)

Président : M. GOSSET, Professeur.

PARIS
LIBRAIRIE LIPSCHUTZ
4, PLACE DE L'ODÉON

1939

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Arthur-Edouard ROGAN

Ancien interne en chirurgie des hôpitaux de Nice.

Né le 8 novembre 1910, à Bucarest (Roumanie).

Du Traitement des Cholécystites aiguës
par la Cholécystectomie à chaud

(A propos de 18 cas opérés)

Président : M. GOSSET, Professeur.

PARIS
LIBRAIRIE LIPSCHUTZ
4, PLACE DE L'ODÉON

1939

I. — PROFESSEURS

anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert LEBRE.
Pathologie et thérapeutique générales	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	MONDOR.
Histologie	LEROUX.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	LAIGNEL-LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FISSINGER.
Clinique médicale	CHIRAY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LOEPER.
Clinique des maladies des enfants	CARNOT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	CLERC.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	Marcel LABBÉ.
Clinique des maladies du système nerveux	LEREBoullet.
Clinique des maladies infectieuses	NOBÉCOURT.
Clinique chirurgicale	H. CLAUDE.
Clinique ophtalmologique	GOUGEROT.
Clinique urologique	GUILLAIN.
Clinique d'accouchements	LEMIERRE.
Clinique gynécologique	CUNEO.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	GOSSET.
Clinique thérapeutique médicale	GRÉGOIRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LENORMANT.
Clinique thérapeutique chirurgicale	TERRIEN.
Clinique propédeutique	CHEVASSU.
Clinique de la Tuberculose	COUVELAIRE.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	JEANNIN.
Clinique de cardiologie	LEVY-SOLAL.
Clinique de neuro-chirurgie	MOCQUOT.
Assistance médico-sociale	OMBRÉDANNE.
Professeurs sans chaire	RATHERY.
	LEMAITRE.
	Pierre DUVAL.
	Maurice VILLARET.
	TROISIER.
	MATHIEU.
	LAUBRY.
	Clovis VINCENT.
	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
BARIETY Pathologie médicale.	COSTE Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	DOGNON Physique.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.	FEY Urologie.
BEZANÇON	FUNCK Pathologie chirurgicale.
(Justin) Hydrologie.	GALLIARD Parasitologie.
BOULIN Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BULLIARD Histologie.	DE GAUDART D'ALLAINES. Patholo-
CATHALA Pathologie médicale.	gie chirurgicale.

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES .. Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL.. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LEVY . Pharmacologie.

MM.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE.. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

MM.
 LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ ... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.
 ALAJOUANINE.
 AUBERTIN.
 BRULÉ.
 CHABROL.
 DONZELOT.
 DUVOIR.
 LIAN.
 PASTEUR-VAL-
 LÉRY-RADOT.
 SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.
 BASSET.
 BROCO.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 MOURE.
 QUÉNU.
 VELTER.

Clinique chirurgicale

MM.

ECALLE.

METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé
 LEDOUX-LEBARD
 RUPPE
 WEIL-HALLÉ

Education physique.
 Radiologie clinique.
 Stomatologie.
 Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MEMOIRE DE MA MERE

« Je l'adorais vivante et je la pleure morte »

A MON PERE

Mon grand et profond amour filial.

A MON FRERE

Toute ma fraternelle tendresse.

A LA MEMOIRE DE MA SŒUR

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR A. GOSSET

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris.

Membre de l'Académie de Médecine.

Membre de l'Académie des Sciences.

Grand Officier de la Légion d'Honneur.

*Qui a bien voulu nous faire le grand hon-
neur en acceptant de présider cette thèse.
Notre respectueux hommage.*

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LOEPER

MONSIEUR LE PROFESSEUR MONDOR

MONSIEUR LE PROFESSEUR SERGENT

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SCHWARTZ

MONSIEUR LE DOCTEUR BOURGUIGNON

MONSIEUR LE DOCTEUR ECALLE

MONSIEUR LE DOCTEUR LESNÉ

A MONSIEUR LE DOCTEUR CH. CARTOTTO

Chirurgien des Hôpitaux de Nice.

*Qui nous a inspiré le sujet de ce travail,
toute ma reconnaissance.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE NICE

MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN BARDON

MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS BARRAYA

MONSIEUR LE DOCTEUR CHARLES CARTOTTO

MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI FAY

MONSIEUR LE DOCTEUR CHARLES FIGUIERA

MONSIEUR LE DOCTEUR CHARLES FITTE

MONSIEUR LE DOCTEUR FRÉDÉRIC GASIGLIA

MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN MALGAT

MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE NICOLAS

MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE PRAT

MONSIEUR LE DOCTEUR OCTAVE ROSSO

MONSIEUR LE DOCTEUR JOSEPH STEFANI (*in memoriam*).

Leur élève reconnaissant.

A MES CAMARADES D'INTERNAT DANS LES HOPITAUX
DE NICE.

INTRODUCTION

La controverse classique pour ou contre un traitement chirurgical radical et immédiat sitôt le diagnostic posé, et la temporisation, dans les cas d'inflammation septique et grave du contenu et du sac vésiculaire, semble s'être résolue ces derniers temps et d'une façon presque unanime en faveur du premier procédé.

Une littérature médicale en grande partie étrangère le témoigne abondamment.

Il nous a paru intéressant d'exposer dans ce travail une série de dix huit cas de cholécystites aiguës, opérées dans le Service de M. le Docteur Charles CARTOTTO, chirurgien des hôpitaux de Nice, dont nous avons eu l'honneur d'être interne.

Tous ces malades ont été guéris.

Après un exposé d'ensemble sur une faible partie de la littérature médicale publiée à ce sujet, nous essayerons d'en dégager les idées directrices, en montrant les avantages multiples de la cholécystectomie à chaud, et l'intérêt qu'il nous paraît résulter dans l'adoption de cette tactique opératoire.

Nous montrerons ensuite les observations de ces

dix-huit malades différents en âge, qui s'échelonne de 30 à 79 ans et en formes cliniques anatomopathologiques.

Tous ces malades ont été opérés précocément et à la rachianesthésie. Les suites opératoires ont toutes été normales.

Il nous faut signaler un cas ayant nécessité un drainage du cholédoque. Ce dernier était obstrué par un calcul; et un autre qui a présenté au huitième jour une fistule biliaire qui a persisté un mois environ.

Ce travail étant une contribution à l'étude de l'indication opératoire précoce, il nous a paru superflu de nous étendre sur la technique opératoire proprement dite, ainsi que sur le drainage. Ce sont des points aujourd'hui acquis et indiscutables.

Un court exposé sera néanmoins intercallé dans cette thèse, pour insister sur les avantages de l'anesthésie rachidienne, procédé d'anesthésie qui nous paraît avoir un rôle certain dans la simplicité des suites opératoires.

Qu'il nous soit permis en terminant cette introduction, de prier M. le Docteur CARTOTTO, de trouver ici l'expression de notre reconnaissance et vive gratitude pour avoir bien voulu nous suggérer le sujet de cette thèse.

I

En étudiant l'abondante littérature médicale publiée sur la question, nous devons constater que les travaux français sont moins nombreux que les exposés étrangers.

C'est encore à l'étranger que l'opération à chaud, semble surtout dans ces dernières années, avoir gagné le plus de partisans.

D'Amérique, nous pouvons citer le rapport de C. J. HEUER de New-York. Il y analyse, sur 1000 cas, les causes de décès dans les opérations sur les voies biliaires, à propos des cholécystites aiguës. Il conseille de les opérer de façon très précoce.

MILLER de Boston, ayant observé deux cas de perforation de la vésicule, pendant qu'on tentait de refroidir des cholécystites aiguës, est devenu partisan de l'intervention immédiate.

A. KUNATH, dit que si le traitement de la cholécystite aiguë prête encore matière à discussion, la tendance actuelle semble être l'intervention précoce, quoique théoriquement l'opération à froid semble moins dangereuse.

D'après une statistique de 90 cas, il fait remarquer

que dans 32 % des cas il ne fut pas possible de refroidir la cholécystite, et que ces malades durent être opérés à une phase aiguë de l'affection. Ils présentèrent ainsi une mortalité bien supérieure à celle des malades opérés d'urgence.

La gangrène et la perforation de la vésicule ont été observées dans 1/4 des cas étudiés, c'est-à-dire en réalité, bien plus souvent qu'on ne l'enseigne classiquement.

Comme rien ne permet de prédire avec quelque chance de certitude, les cas qui pourront être refroidis et ceux qui ne le pourront pas, il vaut mieux intervenir d'urgence dès le début de l'affection.

ZINNINGER (de Philadelphie), Eugène ST-JACQUES (Montréal) dans les rapports de 1932, 1934, concluent dans le même sens.

En Allemagne la question fut longuement discutée au Congrès allemand de chirurgie en 1923.

Les rapporteurs HOTZ et ENDERLEN, dans leur exposé sur le traitement des cholécystites aiguës, arrivaient aux conclusions suivantes : La mortalité opératoire qui est de 13 % dans les opérations immédiates, tombe à 7 % dans les interventions retardées, et disent de réserver l'opération à chaud soit aux cas d'allure sévère, soit à ceux observés au cours de leur première crise.

Telle n'est pas cependant l'opinion d'autres auteurs comme STICK, SCHMECHEL, PERTHES, KIRSCHNER,

KAPPIS, MELENTJEVA. Ceux-ci sont partisans exclusifs de l'intervention immédiate, dans toute cholécystite aiguë dès le diagnostic posé.

PETREN (de Stockholm) rapporte à cette même occasion, 100 cas de cholécystites aiguës, immédiatement opérées, comprenant des formes graves avec gangrène ou péritonite, ayant présenté 9 % de décès.

L'auteur attribue lui-même deux de ces décès à des fautes opératoires et qui en conséquence, ne doivent pas entrer au passif de cette statistique.

D'après cet auteur, même si les interventions immédiates donnent une plus grande mortalité, une plus longue immobilisation au lit (un mois en moyenne) et une plus longue incapacité, il n'en faut rien conclure, car cette plus grande gravité n'est qu'apparente :

Les cholécystites opérées immédiatement comportent tous les cas graves et surtout les plus graves. Souvent elles n'ont été pratiquées qu'assez tardivement après le début de la crise, sur des malades déjà profondément infectés et intoxiqués.

En réalité, si le malade est amené sur la table d'opération dans les 24 ou 36 premières heures, et nous insistons sur ce délai, l'intervention à chaud, n'est toutes choses égales d'ailleurs, pas plus grave que l'opération secondaire; elle permet d'arrêter court l'évolution de la cholécystite, avant que ne se soient produites des complications hépatiques et gé-

nérales qui rendraient illusoire l'intervention tardive..

Au même congrès il faut citer les travaux de : BONNET, COTTE, CALDWELL, FOWLER, HESSE, KRUGER, LERICHE, MAKAI, MURPHY, NORDMANN, RIEDEL, SCHULTZE, VISCHER, et WALTZEL, sur le même sujet et présentant des conclusions analogues.

Plus récemment, ANSCHUTZ, de KIEL, conclut, que lorsqu'il y a des réactions péritonéales, l'opération dans les 48 heures donne 7 % de mortalité. Plus tardivement cette dernière monte à 15-35 %.

Enfin, FINSTERER, est lui aussi d'avis d'opérer précocement à chaud dans les 24 premières heures si possible, et surtout les sujets âgés, parce que chez eux, les risques de gangrène et de perforation vésiculaire sont particulièrement à redouter.

Sur un total de 125 cas, il trouve une mortalité de 2 % sur les opérations à chaud et de 7 % sur les opérations à froid. Il recommande d'opérer vite, avant l'apparition de complications graves qui augmentent de beaucoup les dangers opératoires, surtout l'infection septicémique, car dans ce cas la mortalité atteint 100 %.

Il est partisan convaincu de la cholécystectomie, beaucoup plus efficace et moins dangereuse que la cholécystostomie. Même lorsque la cholécystite est compliquée d'ictère par obstruction du cholédoque, il recommande d'opérer vite, de ne pas attendre que

l'altération du foie, l'infection ascendante, les hémorragies cholémiques viennent encore aggraver le pronostic.

Il déconseille d'une façon absolue l'anesthésie générale.

II

Par cholécystites aiguës, nous entendons uniquement les cas de cholécystites aiguës vraies, sévères d'emblée, suppurées ou gangréneuses, s'accompagnant presque toujours de réaction péritonale plus ou moins localisée, laissant complètement de côté les cas de poussées subaiguës et de courte durée que l'on observe parfois au cours de l'évolution des cholécystites chroniques.

Suivant PATEL, « ces cholécystites aiguës surviennent soit à la suite d'une évolution chronique riche en symptômes, soit comme première manifestation de la souffrance vésiculaire. Ces dernières sont les plus graves : Il s'agit presque toujours d'un syndrome péritonéal aigu avec contracture et fièvre, et à l'intervention, la vésicule est volumineuse, noirâtre, rouge ou verdâtre, recouverte de plaques de sphacèle souvent en imminence de rupture ».

Comme on pourra le voir, de par la lecture des observations, la plupart datent de ces dernières années. Cela tient de ce que par le temps, les avantages à opérer systématiquement les malades à chaud, se sont de plus en plus imposés à nous.

Il y a encore une dizaine d'années, la règle classiquement enseignée, était qu'à moins d'avoir la main forcée, il ne fallait pas opérer les cholécystites aiguës à chaud, mais qu'il convenait de les refroidir pendant quelques semaines par un traitement médical approprié.

Ce furent si l'on peut dire, d'abord quelques erreurs de diagnostic, c'est-à-dire deux ou trois cas de cholécystites aiguës cataloguées ulcus perforés, qui opérées immédiatement guérissent très simplement, et qui les premières avaient montré ce que la conception d'alors avait de trop absolu.

Cette tendance au refroidissement systématique très bonne et naturelle il y a quelque dix ans, nous paraît aujourd'hui entièrement à réviser, étant donnés les progrès de la technique chirurgicale, le mode d'anesthésie, les soins pré et post opératoires et la pratique courante des sérums hypertoniques, ainsi que de la transfusion sanguine.

Les dix-huit observations qui forment le sujet de ce travail se rapportent à 12 femmes et 6 hommes.

Le sujet le plus jeune avait 30 ans, les plus âgés 77, 78, et 79 ans.

Ces malades ont tous été cholécystectomisés immédiatement, dès le diagnostic posé, quatre dans les 24 premières heures, six vers la 48^e heure, cinq le 3-4^e jour et trois vers le 5^e ou 6^e jour, quelle que fût la gravité de leur état et sans subir aucune prépara-

tion spéciale. Si tous ont guéri, nous ne pensons pas que seul le hasard d'une série heureuse en soit la cause, mais bien plutôt les multiples avantages de l'intervention à chaud.

Ces avantages nous pensons pouvoir les résumer comme suit :

1° Le malade est au moment de l'opération encore en bon ou assez bon état et peu infecté ou intoxiqué.

2° Par l'intervention immédiate on met le malade à l'abri des accidents tardifs qui viennent aggraver l'évolution des cholécystites aiguës (perforation de la vésicule, péritonite, etc.).

3° L'intervention elle-même est plus facile et plus rapide, car les adhérences n'ont pas eu le temps de s'organiser et de former une gangue scléreuse périvésiculaire. S'il en existe déjà, elles sont lâches, facilement dissociables et le sac vésiculaire se laisse séquer plus facilement.

4° En opérant au plus tôt la cholécystectomie suffit; il est rare que l'on soit obligé d'intervenir sur les voies biliaires elles-mêmes. Un seul cas de drainage du cholédoque chez ces dix-huit malades.

5° Enfin et à un point de vue qui a une certaine importance, on n'immobilise pas les malades au lit pendant des semaines, et à notre époque où le temps est précieux, on comprend l'avantage du procédé.

Si maintenant, en regard des avantages que procure l'opération précoce, nous mettons en parallèle,

ceux qu'aurait l'opération tardive à froid, nous n'en voyons aucun qui puisse compenser les risques toujours possibles, cités plus haut et qu'on fait courir de ce fait au malade, lorsque la crise ne veut pas refroidir et que la situation s'aggrave d'une façon brusque.

Au passif du refroidissement, nous avons pu relever dans notre service 4 morts : Une par ictère avec phénomènes septicémiques, une par péritonite, une par iléus et deux enfin, par perforation des vésicules gangrenées, dont une il y a peu de temps.

Chez ces 4 malades, l'intervention chirurgicale n'a plus été d'aucun secours.

Au point de vue technique opératoire, cette dernière ne semble guère plus facile chez des sujets auxquels on a pu éviter des accidents redoutables et que l'on amène bien refroidis sur la table d'opération. Il est à remarquer chez ces malades, que la vésicule biliaire rétractée, adhérente aux organes voisins, comme soudée au parenchyme hépatique, rend l'acte opératoire plus long, plus malaisé et plus grands aussi les risques de blessures de la voie biliaire principale et du pédicule hépatique.

Il en est de même en ce qui concerne les suites opératoires : Nous n'avons pas remarqué qu'elles fussent plus simples ou plus bénignes dans un cas comme dans l'autre.

Tous ces malades opérés ont guéri et il n'y a eu qu'un cas de fistule post opératoire, qui n'a duré qu'un mois d'ailleurs.

III

INTERVENTION ET ANESTHÉSIE.

En abordant ce chapitre, nous voulons rappeler que dans l'introduction, nous disions que ces points nous paraissent suffisamment classiques pour qu'il ne nous faille pas insister longuement à leur sujet.

L'incision oblique sera classique mais dans les cas où le diagnostic étant douteux il y a nécessité à pratiquer après laparotomie sus-ombilicale une cholécystectomie, il y a un intérêt évident à brancher une deuxième incision partant de l'angle supérieur de la première, oblique en bas et à droite, afin de donner plus de jour sur le carrefour sous hépatique et à permettre une dissection et extirpation plus facile du sac vésiculaire.

Au point de vue de l'intervention même, nous n'avons jamais fait de cholécystostomie.

Chez tous nos malades nous lui avons préféré la cholécystectomie, opération qui nous paraît seule logique et plus efficace, moins dangereuse et d'une exécution plus facile.

Il est en effet, des vésicules qui sont profondes, couchées sous le foie ou bloquées par des adhérences, de la péritonite plastique périvésiculaire, et il n'est pas toujours facile de les amener à la peau. Souvent même, il est impossible de le faire, surtout lorsqu'on se trouve en présence de vésicules gangrenées à moitié, si friables qu'elles se déchirent à la moindre traction. Par contre nous n'avons jamais éprouvé la moindre difficulté à les extirper totalement.

De plus, la cholécystostomie a le désavantage de n'être qu'une opération palliative qui laisse dans l'abdomen un organe malade, exposant à des fistules biliaires ou à des récidives, ou enfin, obligeant presque toujours le malade à subir une ablation secondaire, opération qui sera souvent laborieuse et délicate non exempte de dangers.

C'est pourquoi nous préférons faire d'emblée et systématiquement la cholécystectomie, opération plus simple et radicale.

C'est également comme l'on a vu, l'avis de MÉRANZE et ZALZMANN, (Philadelphie) et l'avis de FINSTERER, qui dit que la cholécystectomie est moins grave et donne de meilleurs résultats que la cholécystostomie.

Nous n'insisterons sur les avantages évidents qu'il y a à faire la cholécystectomie par voie sous séreuse (TH. DE MARTEL) quand elle est possible.

Les malades dont les observations suivent ont été

drainés par des mèches et cela même lorsque la cholécystectomie sous séreuse a pu être pratiquée, assez rarement d'ailleurs.

Deux malades ayant présenté une gangrène complète du sac vésiculaire qui s'était rompu pendant l'intervention, ont nécessité le drainage à la VON MIKULICZ.

La nécessité de drainer l'important carrefour vasculaire sous hépatique nous fait rejeter d'une façon générale l'emploi du drain tubulaire que nous pensons avoir une action traumatisante.

Les parois de nos malades, ont toutes été fermées chaque fois que cela a pu être fait, en deux plans et le plus soigneusement possible.

Cette façon de faire, croyons-nous, met à l'abri d'accidents ultérieurs (suppuration, éventration) et diminue les possibilités d'adhérences pariétales post opératoires.

La rapidité du temps opératoire est un facteur essentiel sur lequel nous aurons à revenir dans les lignes qui vont suivre en abordant le court chapitre consacré à l'anesthésie.

IV

Quant à l'anesthésie, comme nous l'avons fait remarquer, elle a été pratiquée rachidienne chez dix-sept de ces malades.

Il n'y a que GRASSI de Rome, qui, à notre connaissance, la préconise d'une façon aussi systématique.

Nous sommes enclins, pour notre part à lui attribuer une grande place dans l'évolution favorable de toutes ces cholécystectomies.

En effet, la rachianesthésie, dans le temps opératoire proprement dit par son action profonde sur l'organisme et le silence abdominal qu'elle procure, permet une intervention aisée et rapide.

Il ne faut pas perdre de vue, que dans nos observations il s'est agi le plus souvent de malades âgés et fatigués, chez lesquels l'opération devait être la moins shockante possible, c'est-à-dire d'exécution simple, aisée et surtout rapide.

Cette rapidité de l'intervention, condition importante de succès, ne saurait permettre de faire une anesthésie locale.

Il reste donc la rachianesthésie qui nous épargne les poussées intestinales, si gênantes pour l'opérateur et traumatisantes pour l'intestin.

De plus, l'absence de poussée, réduit au minimum les dangers d'infection et de dissémination de l'infection quand on se trouve en présence de vésicules suppurées ou gangrenées et qui se déchirent facilement.

Dans le chapitre des complications post-opératoires enfin, la rachianesthésie haute, trouve une indication de choix.

Vis-à-vis des sujets âgés, que l'on doit opérer rapidement sans possibilité de soins pré-opératoires, et que guettent en toutes saisons et principalement en hiver les congestions ou bronchopneumonies post-opératoires, la rachianesthésie seule, à défaut de la locale, nous paraît offrir le maximum de garanties à ce sujet.

Les anesthésiques en lavements semblent irriter et l'intestin par leur application, et la cellule hépatique plus ou moins fatiguée, au moment de leur résorption et élimination.

OBSERVATION N° I

23 mars 1936.

Monsieur C..., 30 ans.

Malade qui a été déjà hospitalisé à deux reprises à Paris dans le courant de l'année précédente pour des crises vésiculaires.

Le 23 mars 1936 est pris brusquement de violentes douleurs dans l'hypocondre droit et hospitalisé vers

la 6^e heure avec le diagnostic de perforation d'ulcus probable. Malade pâle, shocké, pouls à 100, température 38°9, vomissements, ventre contracturé, mais avec une prédominance de la contracture et de la douleur au niveau de la région vésiculaire, ce qui étant donné ses antécédents, nous fait poser le diagnostic de cholécystite aiguë.

Intervention d'urgence, sous rachi-anesthésie.

Incision transversale. On trouve une vésicule tendue, à parois épaissies et verdâtres, extrêmement adhérente à la face inférieure du foie et à l'épiploon.

Ablation et drainage par mèches. Suites opératoires normales, guérison le 17^e jour.

Examen de la vésicule : Parois très épaissie, infiltrée, remplie d'un mélange de bile épaisse et de pus.

OBSERVATION N° II

10 novembre 1936.

Madame F..., 32 ans.

Cette malade, malgré son jeune âge, a déjà fait plusieurs crises de coliques hépatiques mais qui chaque fois ne durent que quelques heures. Une piqûre de morphine et tout rentrait dans l'ordre.

Cette fois-ci, au déclin d'une atteinte sévère de grippe, crise de colique hépatique, mais qui ne cède en rien au traitement habituel. Au contraire le lendemain la température s'élève, tandis qu'apparaissent des frissons et des vomissements répétés. Tout

l'hypocondre droit est excessivement douloureux et tendu. 48 heures après, voyant que malgré un traitement sévère, ces phénomènes ont plutôt tendance à s'aggraver, on décide d'intervenir.

Anesthésie rachidienne. Laparotomie transversale. On trouve une grosse vésicule bourrée de calculs, très tendue et verdâtre, qu'on enlève facilement. Drainage par mèches et suture en trois plans. Suites opératoires des plus simples, la malade quitte la clinique le 18^e jour, complètement guérie.

Examen de la vésicule : grosse vésicule à parois très épaissies, présentant sur sa face interne de nombreux foyers nécrotiques. Très nombreux calculs et boue biliaire noire et visqueuse.

OBSERVATION N^o III

24 août 1936.

Monsieur R..., 38 ans.

Sujet pléthorique, gros mangeur. Quelques heures après un gros repas est pris brusquement un soir de violentes douleurs dans l'hypocondre droit, avec vomissements et température. Rien à signaler dans son passé, sinon quelques indigestions liées à des excès alimentaires, mais sans suites.

Malgré la diète complète, des cataplasmes laudanisés sur la région, des lavements, aucune amélioration. Le soir on fait une morphine, qui calme les douleurs mais non les vomissements. Le lendemain

matin, température 39°, et on note l'apparition d'un empâtement très douloureux correspondant à la région vésiculaire. Ventre légèrement météorisé et contracté. Pas de gaz.

Le soir ces phénomènes persistent en s'aggravant. Le diagnostic de cholécystite aiguë étant posé, on l'opère de suite.

Rachi-anesthésie. Laparotomie transversale. On trouve une très grosse vésicule, très tendue, verdâtre, à parois œdématisées, avec des zones en voie de sphacèle, mais qui se laisse décoller facilement des organes voisins auxquels elle adhère. Cholécystectomie, drainage par meches, fermeture de la paroi en deux plans.

Suites opératoires des plus simples. Guérison le 17^e jour.

OBSERVATION N° IV

2 février 1932.

Madame P..., 42 ans.

Malade souffrant depuis de nombreuses années de troubles digestifs vraisemblablement liés à de la cholécystite chronique.

Au déclin d'une légère atteinte de grippe, est prise de douleurs assez violentes dans la région vésiculaire et température élevée. Traitée d'abord médicalement, nous ne la voyons que le 3^e jour. A ce moment les douleurs persistent dans tout l'hypocondre

droit, le ventre est tendu, le pouls à 120 avec un faciès plombé.

Intervention d'urgence.

Rachi-anesthésie. Laparotomie transversale.

On trouve une très grosse vésicule qui obstrue le cystique, et en voie de gangrène. Cholécystectomie, drainage par mèches, suture de la paroi en deux plans.

Suites opératoires simples, guérison le 18^e jour.

Examen de la vésicule : grosse vésicule paraissant exclue, renfermant de la bile épaisse en voie de suppuration. Parois très infiltrées; avec une grosse plaque de sphacèle.

OBSERVATION N° V

Août 1936.

Mademoiselle L. 42 ans.

Infirmière dans une clinique de la ville. Si on retrouve dans son passé des signes de troubles hépatiques fugaces, elle n'a à vrai dire jamais souffert de sa vésicule.

Brusquement, un soir, elle est prise de violentes douleurs au niveau de la région vésiculaire, avec nausées, vomissements, etc... La région vésiculaire est si douloureuse qu'on ne peut la palper. Une piqûre de morphine, de la glace sur la région n'apportent aucun soulagement.

Le lendemain le ventre est météorisé, pas de gaz, la

température aux environs de 39°. Etat stationnaire pendant 48 heures, puis la contracture ayant tendance à s'étendre, le 3^e jour on l'opère d'urgence.

Anesthésie générale. Laparotomie transversale.

On trouve une vésicule pas très grosse, mais tendue qu'on enlève facilement. Drainage par mèches, suture en trois plans.

A l'examen de la vésicule, on trouve qu'elle est remplie de bile noire. Ses parois, infiltrées, présentent de nombreux petits foyers nécrotiques. Pas de calcul.

Les suites opératoires furent des plus simples. Une transfusion de sang fut faite immédiatement après l'opération. Dès le lendemain tous les phénomènes douloureux et péritonéaux s'amendèrent.

Guérison le 16^e jour.

OBSERVATION N° VI

22 mai 1938.

Madame R..., 43 ans.

Malade envoyée d'urgence à l'hôpital avec le diagnostic de cholécystique aiguë. Souffrant depuis plusieurs années de douleurs abdominales diffuses dans la région sous-hépatique, accompagnées de vomissements fréquents, cette malade a été prise la veille, de douleurs beaucoup plus violentes que d'habitude et nettement localisées à la région vésiculaire. Quand nous la voyons le matin, en plus de cette douleur, nous

constatons une contracture de toute la région. Température 38°5, pouls à 90, bon état général.

Intervention immédiate.

Rachianesthésie. Laparotomie transversale.

On trouve une grosse vésicule, épaissie et noirâtre, turgescence, peu adhérente et qu'on enlève facilement.

Drainage par mèches.

Suites opératoires simples. A signaler seulement l'apparition vers le 8^e jour d'une fistule biliaire, qui persista pendant plus d'un mois.

A l'examen de la pièce, grosse vésicule, à parois très épaissies, avec une grosse plaque de sphacèle au niveau du sommet, et remplie de boue biliaire noire. Pas de calcul.

OBSERVATION N° VII

16 août 1937.

Madame L..., 44 ans.

Malade souffrant depuis quelques années de troubles digestifs vraisemblablement liés à une cholécystite chronique.

A la suite d'une intoxication alimentaire, la malade est prise de douleurs dans la région vésiculaire, d'abord insidieuses, puis de plus en plus violentes.

Appelés auprès d'elle vers le 3^e jour, nous trouvons que l'hypocondre droit, très douloureux est rempli par une masse de forme allongée qui semble être une grosse vésicule. Température 38 degrés 5, pouls à 120,

vomissements fréquents. Au toucher on constate la présence d'un fibrome de la grosseur d'une tête d'enfant. Rien à l'appendice.

Posant le diagnostic de cholécystite aiguë, nous l'opérons immédiatement.

Rachianesthésie. Laparotomie transversale. On trouve une très grosse vésicule, excessivement tendue et qu'on ne peut enlever qu'après ponction. Drainage par mèches.

Suites opératoires des plus simples. Guérison le 17^e jour.

Cette malade revue depuis n'a plus jamais eu aucun trouble et accuse une parfaite santé.

Examen de la pièce : très grosse vésicule remplie de boue biliaire épaisse et noire. Parois très infiltrée, très congestionnée, avec de nombreux foyers ecchymotiques, dont un de la grosseur d'une pièce de un franc, est en voie de sphacèle.

OBSERVATION N^o VIII

24 mars 1935.

Madame L..., 46 ans.

Malade dans le passé de laquelle on trouve de nombreuses crises de coliques hépatiques, ayant tendance à se rapprocher depuis environ un an.

Prise brusquement de violentes douleurs dans sa région vésiculaire, elle pense qu'il s'agit d'une crise ordinaire de colique hépatique, mais cette fois la crise

ne cède pas au traitement habituel. Le lendemain, température 40 degrés, faciès tiré, tout l'abdomen supérieur est contracturé et très douloureux au palper. Ce n'est que le 4^e jour, devant l'aggravation constante des phénomènes locaux et généraux, que la malade accepte d'être opérée. La température est toujours à 40 degrés, mais le pouls à 130 et tout l'abdomen tendu.

Rachi anesthésie. Laparotomie transversale. *On trouve une grosse vésicule* entièrement coiffée par le mésocolon épaissi et infiltré et des franges épiploïques et complètement gangrenée. En la décollant, elle s'effrite sous le doigt et on ne peut l'enlever que lambeaux par lambeau. Elle était remplie de calculs et de pus fétide et on peut dire que chez cette malade il s'agissait d'un véritable abcès gangréneux, vésiculaire et périvésiculaire.

Large drainage par mèches, suture de la paroi en deux plans. De suite après l'intervention, transfusion de sang de 200 cc. Sérum anti-gangréneux.

Amélioration rapide de l'état général, suites opératoires normales.

Guérison le 23^e jour.

OBSERVATION N° IX

14 janvier 1930.

Madame G..., 47 ans.

Malade souffrant depuis plusieurs années de trou-

bles digestifs vagues, mal caractérisés, mis sur le compte d'une constipation chronique, mais sans que rien n'ait jamais attiré l'attention sur sa vésicule.

Le 14 janvier 1930, à la suite d'un embarras gastrique fébrile, elle est prise brusquement de violentes douleurs dans la région de l'hypocondre droit. Pensant à une crise d'appendicite aiguë, son médecin la traite comme telle. Appelé auprès d'elle le 3^e jour, nous constatons que l'empâtement et la douleur siègent beaucoup plus haut que la zone appendiculaire et correspondent plutôt à la vésicule biliaire. Le ventre est météorisé, la température élevée, la malade vomit tout ce qu'elle prend.

Posant le diagnostic de cholécystite aiguë, nous l'opérons immédiatement.

Rachianesthésie et laparotomie transversale.

On trouve en effet une grosse vésicule noirâtre enfouie sous de nombreuses fausses adhérences qui se décolle facilement.

Cholécystectomie, drainage par mèches, suture de la paroi en deux plans.

Suites opératoires simples, guérison le 18^e jour.

Revue depuis, cette malade est en parfaite santé et n'a plus eu aucun trouble.

Examen de la pièce : grosse vésicule à parois épaissies, en voie de gangrène, contenant de la boue biliaire fétide.

OBSERVATION N° X

29 octobre 1936.

Monsieur V..., 49 ans.

Malade envoyé à l'hôpital d'urgence, pour des douleurs excessivement fortes siégeant dans l'hypochondre droit, avec irradiations transfixantes et lombaires datant de 18 heures, et accompagnées de vomissements.

Dans ses antécédents il signale seulement quelques troubles digestifs intermittents, mais n'a jamais souffert du foie ni de sa vésicule.

A son entrée à l'hôpital, température 38°6, pouls à 90, bien frappé, langue sèche, léger subictère des conjonctives. Ce qui frappe à l'examen c'est la défense de toute la région hypogastrique et l'intensité de la douleur spontanée et surtout provoquée par la palpation de la région vésiculaire. On fait le diagnostic de cholécystite aiguë.

Intervention d'urgence. Anesthésie rectanol éther. Laparotomie transversale.

On trouve une très grosse vésicule biliaire, turgescente et tordue sur son axe.

Cholécystectomie, drainage par mèches.

Suites opératoires simples.

OBSERVATION N° XI

27 août 1936.

Madame R..., 51 ans.

Malade ayant souffert pendant plusieurs années de troubles gastriques et digestifs mal caractérisés, et opérée deux ans auparavant (gastro-entérostomie) sur le diagnostic radiologique d'ulcus probable du duodénum.

A ses dires, cette intervention ne lui apporta qu'une amélioration passagère de ses troubles.

Il y a une semaine, a commencé à souffrir au niveau de la région vésiculaire. Elle crut d'abord qu'il ne s'agissait que d'une crise gastrique banale comme elle en avait depuis des années, mais le 3^e jour elle dut faire appeler un médecin qui fit le diagnostic de cholécystite et institua un traitement médical qui échoua. Quand nous la voyons le 8^e jour après le début de ces phénomènes, nous trouvons une malade fatiguée, avec un hypocondre droit douloureux, un teint subictérique, un ventre tendu, la température à 38°5, pouls à 110. Nous décidons l'intervention immédiate.

Anesthésie rachidienne. Laparotomie transversale. Ablation d'une grosse vésicule tendue comme si elle allait éclater et adhérente.

A l'examen de la pièce : vésicule remplie de bile épaisse et noire. Pas de lésion de sphacèle.

Drainage par mèches, suture en trois plans.

Suites opératoires simples, la malade quitte la clinique le 16^e jour, guérie.

Revue depuis, cette malade a vu disparaître rapidement tous les troubles dont elle souffrait depuis longtemps, n'a plus eu de crises gastriques et s'est complètement rétablie.

OBSERVATION N° XII

26 juin 1938.

Monsieur S..., 58 ans.

Malade envoyé d'urgence à l'hôpital pour un syndrome douloureux de l'hypocondre droit, datant de 24 heures et s'accompagnant de frissons, température à 39°, et vomissements. Etat général précaire.

A l'examen clinique, défense très marquée de tout l'abdomen supérieur avec maximum de la douleur au niveau de la région vésiculaire. Température 39°6, pouls à 120.

Intervention immédiate.

Rachianesthésie. Laparotomie transversale.

Très grosse vésicule, verdâtre, paraissant exclue et partiellement tordue sur son axe au niveau du cystique.

Cholécystectomie. Drainage par mèches.

Suites opératoires normales.

A l'examen de la pièce, vésicule très épaissie dont le contenu était en voie de transformation purulente.

OBSERVATION N° XIII

11 février 1930.

Monsieur V..., 59 ans.

Sujet pléthorique gros mangeur, dans le passé duquel on retrouve quelques histoires d'indigestions banales, mais n'ayant jamais à vrai dire souffert du foie ni de la vésicule, le 11 février 1930, vers 5 heures de l'après-midi, est pris brusquement de douleurs atroces dans la région épigastrique et l'hypocondre droit avec nausées, sueurs froides, pouls rapide, etc., puis dans la soirée ascension thermique et quelques frissons. Vu vers 10 heures du soir, le tableau clinique est celui d'une perforation d'ulcus, sauf que la douleur initiale épigastrique persiste toujours plus intense avec tout l'abdomen supérieur contracturé.

Intervention d'urgence.

Anesthésie rachidienne. Laparotomie médiane sus-ombilicale. On ne trouve rien sur l'estomac ni sur le duodénum, mais par contre une énorme vésicule surdistendue, donnant l'impression de vouloir éclater.

Cholécystectomie, drainage du lit vésiculaire par mèches, fermeture en trois plans.

Dès le lendemain, les douleurs et la température ont disparu, guérison complète le 14^e jour.

Revu depuis, ce malade qui s'est soumis à une hygiène alimentaire stricte, est toujours en parfaite santé.

A l'examen, la vésicule dont la paroi interne très congestionnée montrait de nombreux foyers ecchymotiques ne contenait aucun calcul.

OBSERVATION N° XIV

5 août 1934.

Monsieur S..., 67 ans.

Il s'agit d'un sujet qui a toujours été en bonne santé et n'a jamais souffert du foie ni de la vésicule.

Brusquement un soir à la suite d'un repas copieux, le malade présente un syndrome d'infection intestinale aiguë avec vomissements, diarrhée et fièvre qui s'amende progressivement en 4 à 5 jours avec un traitement médical approprié, lorsqu'apparaît une douleur au niveau de sa région vésiculaire, douleur qui malgré la glace va en augmentant chaque jour, tandis qu'au palper la région se tend de plus en plus et que tout le ventre devient douloureux avec arrêt des gaz. Température 38°, pouls 120.

Le 5 août 1934, le 9^e jour après le début des accidents, intervention d'urgence.

Anesthésie rachidienne. Laparotomie transversale.

On trouve une vésicule complètement gangrenée, coiffée par le grand épiploon qui est venu faire une barrière protectrice. En la décollant elle se déchire et on ne peut l'enlever que lambeau par lambeau. Remplie de bile purulente, elle ne contenait aucun

calcul. Drainage par Mikulicz, fermeture en deux plans.

Suites opératoires normales, guérison complète le 20^e jour.

OBSERVATION N° XV

14 décembre 1930.

Madame M..., 70 ans.

Il s'agit d'une malade qui a présenté un syndrome douloureux de l'hypocondre droit avec température, vomissements, mauvais état général et datant déjà de 4 jours. Rien à signaler dans ses antécédents au point de vue troubles hépatiques. L'intervention immédiate est décidée.

Rachianesthésie. Laparotomie transversale.

On trouve une grosse vésicule qui semble tordue sur son pédicule et en voie de gangrène. Au cours de l'ablation elle se déchire, et de sa déchirure s'écoule du pus fétide. Drainage à la Mikulicz.

A signaler dans les suites opératoires, vers le 3^e jour, un syndrome d'iléus paralytique qui dura 48 heures.

Guérison le 22^e jour.

OBSERVATION N° XVI

10 septembre 1937.

Monsieur A..., 77 ans.

Sujet obèse et emphysémateux qui souffre de sa

vésicule biliaire depuis de très nombreuses années, et qui fait régulièrement tous les étés une cure à Vichy. L'hypothèse opératoire chez lui, avait toujours été écartée à cause de son obésité et de son emphysème, lequel se doublait d'une lésion cardiaque.

Cette fois crise vésiculaire douloureuse plus violente que les précédentes et qui ne cède pas au traitement médical habituel. La température reste élevée. Quand nous le voyons au 4^e jour de cette crise, toute la région vésiculaire est empâtée, très douloureuse, avec un ventre tendu et météorisé. Dans ces conditions, malgré son état général et son âge, nous décidons de l'opérer immédiatement.

Anesthésie rachidienne. Laparotomie transversale. On trouve une énorme vésicule complètement gangrenée et à la limite de la perforation qu'on enlève rapidement. Drainage par mèches. Suture en deux plans.

Suites opératoires simples. A signaler seulement un écoulement biliaire par la plaie, apparu quand on a enlevé les mèches vers le 8^e jour et qui a duré plus d'un mois.

A l'examen on a trouvé que la vésicule contenait 4 gros cailloux et était remplie de bile noire très visqueuse.

Ce malade revu quelques mois après est complètement guéri de ses troubles biliaires et hépatiques et

on constate chez lui une grosse amélioration de son état général.

OBSERVATION N° XVII

16 septembre 1937.

Madame C..., 78 ans.

Malade qui présente dans ses antécédents plusieurs crises de coliques hépatiques, les premières remontant à une vingtaine d'années.

Cette fois, quoique n'ayant pas fait de crise de colique depuis plusieurs jours elle souffre de plus en plus au niveau de la région vésiculaire, avec température élevée et nausées. Le traitement classique, diète glace, morphine etc... ne donne aucune sédation. Quand nous la voyons, il existe en plus, depuis 48 heures, des signes d'ictère par rétention.

A l'examen de l'abdomen, on trouve que tout l'hypocondre droit est très tendu et douloureux avec un maximum très net au niveau de la vésicule.

Le diagnostic de cholécystite aiguë, probablement gangréneuse étant posé, on décide de l'opérer de suite.

Anesthésie rachidienne. Laparatomie transversale.

On trouve une très grosse vésicule, de couleur vert foncé et très tendue qu'on enlève aussitôt. A cause de l'apparition de l'ictère par rétention on explore le cholédoque, exploration qui montre un obstacle dans sa partie terminale et par voie transduodénale, on

enlève un calcul de la grosseur d'une olive, enclavé dans l'ampoule de Vater.

Examen Anatomo-pathologique de la vésicule :
Vésicule à parois très épaissies, avec des plaques de sphacèle contenant de la boue biliaire noire et quelques gros caculs.

Drainage du cholédoque, fermeture en trois plans. Suites opératoires des plus simples, la malade quitte la clinique le 25^e jour complètement guérie.

OBSERVATION N° XVIII

11 février 1935.

Madame V..., 79 ans.

Malade qui dit avoir souffert toute sa vie du foie, mais dans le passé de laquelle on ne retrouve aucune histoire de colique hépatique. 12 ans auparavant a été opérée en Algérie pour un ulcus du duodénum. Toujours en bon état malgré son grand âge, a été prise brusquement une nuit au retour du théâtre, de violentes coliques abdominales avec diarrhée profuse, puis le lendemain de douleurs localisées au niveau de la région vésiculaire.

Traitée d'abord par des calmants et des cataplasmes laudanisés, son état semble s'améliorer pendant deux jours, puis brusquement s'aggrave, tandis qu'elle est prise de violents frissons avec température à 40°. vomissement, pouls rapide, etc...

Appelés d'urgence auprès d'elle, nous trouvons un ventre très distendu et excessivement douloureux au palper, surtout au niveau de la région vésiculaire où la moindre pression arrache des cris à la malade.

Pensant à une cholécystite aiguë, nous décidons l'intervention immédiate.

Rachianesthésie. Laparomie transversale. On trouve une grosse vésicule très distendue, marbrée de plaques verdâtres et noires, en pleine gangrène.

Cholécystectomie, drainage par mèches.

Le lendemain et le surlendemain, transfusion de sang et nombreuses injections de sérum hypersalé, puis ensuite, les suites opératoires furent normales.

Guérison le 24^e jour.

Malgré son âge cette personne est toujours en bonne santé.

CONCLUSIONS

L'étude des précédentes observations peut s'ajouter à une importante bibliographie résultant de travaux tant français qu'étrangers, mais surtout américains et allemands.

Les auteurs d'outre-Atlantique se basant sur des statistiques portant sur un grand nombre de cas, rejoignent dans leurs conclusions, les auteurs allemands et français, et tous sont d'accord pour conseiller dans les affections aiguës de la vésicule biliaire un traitement chirurgical radical, aussi précoce que possible.

Cette manière de voir est en effet confirmée par les résultats opératoires.

En effet comme on a pu le voir dans les statistiques citées dans ce travail, la mortalité diminue d'au moins 10-15 %, suivant la précocité de l'intervention et ces chiffres, sont à notre sens, plus éloquentes que tout développement que l'on pourrait faire sur cette question.

Ce qu'il nous a paru plus digne d'intérêt de faire ressortir dans notre ouvrage, en plus du fait qu'il

faut cholécystectomiser ces malades précocement, ce sont d'autres facteurs de la thérapeutique chirurgicale proprement dite, ainsi que de la tactique opératoire. Ces facteurs semblent avoir eux aussi leur part de succès dans les cas qui sont présentés.

Nous répétons qu'il s'agit en premier lieu de la rachianesthésie, facile à réaliser dans des conditions d'urgence chirurgicale et donnant un silence abdominal complet. Par elle les malades souvent âgés et déficients, voient leur shock et leur complication pulmonaire, ces deux facteurs essentiels de gravité, réduits au minimum.

Un temps opératoire le plus simple et court possible, comme il est de règle en chirurgie abdominale sera également un facteur de réussite non négligeable.

Le drainage de la plaie opératoire sera le moins traumatisant, donc réalisé par des mèches ou à la Von Mikulicz.

Il est du problème de la cholécystite aiguë opérée à chaud, comme de tout problème d'urgence chirurgicale :

La question qui se pose est d'opérer un malade dans les meilleures conditions de résistance, et lui faire avec le moins de risque une opération parfaite radicale et rapide, qui le guérira complètement dans un minimum de temps.

Le type de ces opérations est l'appendicectomie.

Or, nous avons exposé au cours de ce travail quelques conditions qui permettent à la cholécystectomie à chaud d'atteindre ce résultat, et par là, à combler le désir et l'espoir du chirurgien.

Vu : Le Président de la Thèse,

A. GOSSET,

G. ROUSSY.

Vu : Le Doyen,

M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

BIBLIOGRAPHIE

- ALLENDE BENGOLEA. — La cholecystectomie d'urgence dans les cholécystites aiguës graves. *Bol. y trabajos de la soc. de cirug. de Buenos-Aires*, N° 4, Avril 1935.
- ANSCHUTZ (Kiel). — *Der chirurg.* H. XII, 1935.
- BELL (F.-G.). — Surgical management of acute cholecystitis *New Zealand M. J.* 36 : 236. 240, Aug. 1937.
- BENGOLEA. — La cholecystectomie d'urgence dans les cholécystites graves. *Bol. y Trab. soc. Cirurg. Buenos-Aires*, 8-5-35.
- BEHREND (M.). — Acute inflammation of gall-bladder conservative operative treatment. *Ann. surg.*, 99 : 925. 929, juin 1934.
- BIESENBERGER (H.). — Ist die Fruhoperation bei cholezystitis indiziert *Wien. med. Wochenschr.*, 1924, LXXIV, 2233-2235.
- BONNET. — De la cholécystectomie sous séreuse dans le traitement des cholécystites suraiguës. *Lyon chir.*, 1924, XXI, 87-89.
- CARTOTTO (Ch.). — Communication Soc. méd. Nice. Décembre 1938. *Bulletin de la Soc. Méd. Nice*.
- CHAUVENET (A.). — Sur le traitement chirurgical des cholécystites aiguës. *Progrès médical*, N° 20, 15 mai 1937.
- CLARFELD. — L'intervention chirurgicale dans la cholécystites aiguë. *Sovjetskaja Chirurgia Moscou*, N° 5, 1936.
- CLUTE. — La chirurgie immédiate opposée à la chirurgie retardée dans la cholécystite aiguë. *Surg. Gynécology and obstetrics*, vol. 66, N° 1, Janv. 1938.
- COTTE. — Sur le traitement des cholécystites aiguës par la cholecystectomie. *Lyon chirurg.*, 1924, XXV, 95. 100.
- DOMENGE. — Contribution à l'étude des cholécystites aiguës et de leur traitement par la cholécystectomie. Indica-

- tions et technique opératoire d'après 16 observations. *Thèse de Marseille*, 1933-34.
- FORNI (G.). — Risultati clinici a distanza negli operati di colecistectomia per colecistite nell' ultimo triennio. *Gior. veneto di Sc. med.* 11 : 321. 326, June 1937.
- FOWLER (R. S.). — Gall bladder disease the relation of the pathology to immediate operative result. *Canada Lancet Toronto*, 1920, 21, LIV, 471-479.
- GIRARD (Marcel). — Contribution à l'étude du traitement chirurgical des cholécystites aiguës. *Thèse de Paris* 1937.
- GRAHAM (H.-J.). — Important factors in surgical treatment of acute cholecystitis. *Ann. Surg.* N° 6, 893. 899, Juin 1931.
- GRAHAM. — Valeur de l'opération précoce pour cholécystite aiguë. *Annals of surgery*, N° 6, Juin 1931.
- HEINECK (A.-P.). — Indications opératoires dans les cholécystites. *Union médicale du Canada Montréal* LIV. 1926, N° 5, Mai, p. 283.
- HESSE (E.). — Ueber die Fruhoperation der akuten cholecystitis mit Beitragen zur Frage des volligen Naht verschlusses der Bauchdecken nach Cholecystektomie und Choledochotomie. *Beitr. z. klin. chir. Tubing*, 1909, LXIII, 575-643.
- HEUER. — Aspects chirurgicaux de la cholécystite aiguë. *Annals of surgery Philadelphie*. Vol. 105, N° 5 Mai 1937.
- LERICHE. — Cholécystite aiguë. Cholecystectomie à chaud. *Lyon médical*, 1913, CXX, 750-752.
- MAKAI (E.). — Ueber Fruhoperationen bei Gallenblasen entzündungen. *Virchows arch. f. path. anat.*, etc. Berlin, 1913, CXIII, 427.
- MONTAGARD (V. et G.). — Les échecs de la cholécystectomie. *La Provence médico-chirurgicale*, N° 2, 1937.
- MASCIOTTRA. — Cholécystectomie d'urgence dans les cholécystites aiguës graves. *Bol. y trabajos de la soci. de chirg. de Buenos-Aires*, N° 2, 10 avril 1935.
- MELENTJEVA. — Mesures prophylactiques au cours de l'opération de la cholecystite aiguë. *Zentr. f. Chir.*, 29-6-35.

- MURPHY. — Acute calculons cholecyst. cholecystectomy.
Surg. clin. Chicago. 1914, III, 1103, III.
2) 1914, III, 401-411.
- NORDMANN (O.). — Value of choledochotomy for radical opération in cholecystitis. *Chirurg.* 2 : 349. 357. Avril 15-1930.
- PETREN. — *Akta chirurgica Scandinavica.* 1924, III, 1304-1037.
- REY (Mario) et BOURDE (M.). — Cholécystite aiguë cholécystectomie. Guérison, *Société de chirurgie de Marseille*, Sce du 18 mai 1931.
- ROSS. — Résultats éloignés sympyomatiques des opérations pour cholécystites. *The Britsish med. J.* N° 3726, 4 juin 1932, p. 1026.
- ST-JACQUES (Eugène). — Des cholecystites : Cholecystostomie ou cholecystectomie ? *L'union médicale du Canada* tome LXII, N° 6 Juin 1933.
- ZINNINGER. — Traitement chirurgical de la cholecystite en évolution. *Annals of surgery (J. B. Sipincott édition) Philadelphie*, t. XCVI. N° 3, Sept. 1932. *La presse méd.* 29 oct. 1932, p. 406.
- VISCHER (A.). — Die operative Behandlung der cholecystitis acuta in der Basler chiruerghschen Klinik von 1905, 1917.
- ZINNINGER (M.-M.). — Value of early operation in acute cholecystitis. *J. Med.* 15 : 143-147, Mai 1934.
- WALZEL (P.). — Zur technic der operation bei akuten cholecystitis. *Zentrallbl. f. chir.* Leip. 1924, 1971-1973.

Nous remercions « Le Monde Médical » de son aide précieuse, dans nos recherches bibliographiques.

